



=> Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

Stiftung Auffangeinrichtung BVG      www.aeis.ch      Tel. +41 41 799 75 75  
Berufliche Vorsorge (BVG)      Postfinance      Fax +41 44 468 23 96  
Postfach      BIC/SWIFT: POFICHBEXXX      Bürozeiten Mo. - Fr.  
8050 Zürich      IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7      08:00 bis 12:00/13:30 bis 17:00

## Antrag auf Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung

### Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Sprache:  D  F  I

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  M  F      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig       verheiratet       eingetragene Partnerschaft  
 verwitwet       geschieden       aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich nehme im Haupterwerb eine selbständige Tätigkeit auf und bestätige hiermit, dass ich die Freizügigkeitsleistung in vollem Umfang in den eigenen Betrieb investiere und nicht mehr der obligatorischen Vorsorge unterstehe.  
(Bitte legen Sie eine Bestätigung der zuständigen AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnummer bei.)

Ich verlasse endgültig die Schweiz.  
(Bitte legen Sie eine Kopie der definitiven Abmeldebescheinigung der Einwohnerkontrolle bei.)

Ich reise in folgendes Land der EU/EFTA aus: \_\_\_\_\_  
Vor einer Auszahlung muss **zwingend** abgeklärt werden, ob Sie dort sozialversicherungspflichtig sind.  
Dazu ist das "Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht" für das betreffende Land auszufüllen. Es ist bei folgender Behörde erhältlich:

Verbindungsstelle  
Sicherheitsfonds BVG  
Postfach 1023  
CH-3000 Bern 14

www.verbindungsstelle.ch  
info@verbindungsstelle.ch

Zusammen mit dem Formular erhalten Sie ein Merkblatt, das den Ablauf des Verfahrens beschreibt.  
Nach dessen Abschluss werden wir Sie über den möglichen Auszahlungsbetrag informieren.

Ich reise in folgendes Land ausserhalb der EU/EFTA aus: \_\_\_\_\_

Meine Freizügigkeitsleistung ist geringer als mein jährlicher Arbeitnehmersparbeitrag.

### Ihre Zahlungsverbindung

Bank  Post      Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN (zwingend): \_\_\_\_\_

Bank (Name, PLZ, Ort, Land): \_\_\_\_\_

SWIFT/BIC (für Ausland): \_\_\_\_\_      Clearing: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:      Name: \_\_\_\_\_      Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_      Land: \_\_\_\_\_



**Bestätigung des Wohnsitzes**

---

Zum Zeitpunkt der Auszahlung habe ich meinen Wohnsitz  in der Schweiz  im Ausland

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Steuerbehörden einen Kapitalbezug innerhalb von 3 Jahren nach einem Einkauf verbieten, bzw. steuerlich wieder aufrechnen können.

---

Ort:

Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Ehegatte/eingetragener Partner ist mit der Auszahlung des Altersguthaben in Kapitalform einverstanden:

---

Ort:

Datum:

Unterschrift des Ehegatten / Partners:

---

Name, Vorname des Ehegatten / Partners:

**Hinweis zum Bezug in Kapitalform:**

Wenn die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist die Unterschrift des Ehegatten/Partners **zwingend** erforderlich. Andernfalls ist ein Personenstandsnachweis beizulegen, der nicht älter als 3 Monate ist.